



UNIVERSIDAD DE CUENCA

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN
MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA,
CUENCA 2014**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA Y MÉDICO**

AUTORES

MARÍA FERNANDA SANTACRUZ FERNANDEZ.

FRANCISCO XAVIER SERRANO ANDRADE.

DIRECTOR:

DR. JAIME MANUEL ÑAUTA BACULIMA

ASESORA:

DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO

CUENCA-ECUADOR

2015



RESUMEN:

Objetivo: Determinar prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, en la ciudad de Cuenca en el año 2014.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo de prevalencia, analítico y transversal. Universo: 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca. Muestra: no probabilística consecutiva. Recolección de datos: empleamos como instrumento un formulario con la “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” (EDPE) y preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para depresión posparto (DPP). Procesamiento: empleamos el software SPSS 15.00 versión evaluación. Análisis: empleamos frecuencias, porcentajes, razón de prevalencia, chi cuadrado y el valor de p para determinar asociación estadística.

Resultados: De acuerdo a la EDPE existe una prevalencia de 34,3% de Depresión Posparto. Los factores de riesgo encontrados fueron: no encontrarse en edad reproductiva ideal: RP: 2,53 Valor de p: 0,022, falta de apoyo familiar durante el embarazo: RP: 7,25 Valor de p: 0,0008 y violencia intrafamiliar: RP: 3,75 Valor de p: 0,0003

Conclusiones: Las madres con mayor riesgo de DPP en el servicio de gineco obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga son aquellas madres que: no se encuentran en edad reproductiva ideal, no recibieron apoyo familiar durante su embarazo y sufrieron violencia intrafamiliar durante el mismo.

Palabras Clave: Depresión, Posparto, Embarazo, Trastornos, Mentales, Madres, Cuenca, Depresivo.



ABSTRACT:

Objective: Determine the prevalence and risk factors of postpartum depression in mothers treated at the Hospital José Carrasco Arteaga, in the city of Cuenca in 2014.

Materials and Methods: We conducted a prevalence, analytical cross study. The population was 248 mothers whom labor was attended at the José Carrasco Arteaga Hospital. We used a non probabilistic, consecutive sample. Data collection: questionnaire with the “Edinburgh postpartum depression scale” and questions for risk factors. For data tabulation we used the SPSS 15.00 evaluation version software. Analysis: we used the frequency, percentage, prevalence ratio, chi square test and the p value.

Results: We obtained a prevalence of 34.3% of postpartum depression based on the EPDS. The associated factors statistically significant we found were: Ideal reproductive age: PR: 2,53 p Value: 0,022, lack of familiar support during pregnancy: PR: 7,25 p Value: 0,0008 and domestic violence: PR: 3,75 p Value: 0,0003

Conclusions: The mothers with higher risk of developing postpartum depression were those who didn't belong to the ideal reproductive age, had familiar support lack during pregnancy and suffered domestic violence.

Keywords: Depresión, Posparto, Embarazo, Trastornos, Mentales, Madres, Cuenca, Depresivo.

Depression, Postpartum, Pregnancy, Disorder, Mental, Mother, Cuenca. Depressive.



INDICE:

RESUMEN:	I
ABSTRACT:	II
INDICE:	III
DEDICATORIA:	IX
AGRADECIMIENTO:	X
CAPÍTULO I	- 11 -
1.1. Introducción	- 11 -
1.2. Planteamiento del problema	- 2 -
1.3. Justificación	- 4 -
CAPÍTULO II	- 5 -
2. Fundamento Teórico	- 5 -
CAPÍTULO III:	- 15 -
3. Objetivos	- 15 -
3.1. Objetivo General	- 15 -
3.2. Objetivos Específicos	- 15 -
3.3. Hipótesis	- 15 -
CAPÍTULO IV	- 16 -
4. Diseño Metodológico	- 16 -
4.1. Diseño General del Estudio	- 16 -
4.2. Criterios de inclusión y exclusión	- 17 -
4.3. Métodos e instrumentos para obtener la información	- 17 -
CAPÍTULO V	- 23 -
5. Resultados	- 23 -
CAPÍTULO VI	- 46 -
6 DISCUSIÓN:	- 46 -
CAPÍTULO VII	- 52 -
7 Conclusiones y recomendaciones	- 52 -
7.2 RECOMENDACIONES	- 53 -



CAPÍTULO VIII.....	- 54 -
8. Bibliografía	- 54 -
8.1. Referencias Bibliográficas	- 54 -
CAPÍTULO IX.....	- 61 -
9. ANEXOS.....	- 61 -



UNIVERSIDAD DE CUENCA



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, María Fernanda Santacruz Fernández, autor de la tesis "DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 10 de Noviembre del 2014

María Fernanda Santacruz Fernández

CI: 0302111521



Yo, María Fernanda Santacruz Fernández, autora de la tesis "DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 10 de Noviembre del 2014

MARÍA FERNANDA SANTACRUZ FERNÁNDEZ

C.I: 0302111521



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Francisco Xavier Serrano Andrade, autor de la tesis ""DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 10 de Noviembre del 2014

Francisco Xavier Serrano Andrade

CI: 0104913702



Yo, Francisco Xavier Serrano Andrade, autor de la tesis "DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 10 de Noviembre del 2014

Francisco Xavier Serrano Andrade

C.I: 0104913702



DEDICATORIA:

A mis padres por sus consejos, apoyo y amor brindados durante mi carrera

A mis hermanos Adriana, Sebastián y Andrés por su ayuda y cariño,

A mi sobrino Francisco por ser la alegría de nuestro hogar.

Con todo mi cariño esta tesis la dedico a Ustedes.

María Fernanda Santacruz F.

A la salud de las madres cuencanas y a la de sus hijos.

A mi familia y amigos.

Francisco Xavier Serrano A.



AGRADECIMIENTO:

Presentamos nuestros más sinceros agradecimientos a nuestro director de tesis, Dr. Jaime Ñauta y a nuestra asesora de tesis, Dra. Lorena Mosquera, quienes participaron activamente de esta investigación y sin su apoyo no hubiera sido posible su realización, además agradecemos a las autoridades del Hospital José Carrasco Arteaga y a todas las madres que colaboraron en nuestro estudio. Agradecemos también por el apoyo y el trabajo realizado al Dr. Julio Jaramillo quien nos guió en la realización de esta investigación.

De manera muy especial a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, responsable de nuestra formación.

Los autores.



CAPÍTULO I

1.1. Introducción

De acuerdo a la OMS la depresión constituye el trastorno mental más frecuente a nivel mundial, siendo la principal causa de discapacidad y ausentismo laboral. Su prevalencia es mayor en mujeres que en hombres, convirtiéndolas en un grupo vulnerable, especialmente durante periodos de estrés como aquellos relacionados con el embarazo y el posparto, en donde la prevalencia de estos trastornos es muy elevada.⁽¹⁾ El trastorno del ánimo más prevalente asociado al nacimiento es la depresión posparto (DPP). Esta se define como un trastorno depresivo mayor grave del estado de ánimo que aparece entre las 4 semanas y el año después del parto.⁽²⁾

En este estudio trabajamos con un universo de 248 madres residentes en Cuenca, cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga, entre el 4 de Febrero y el 4 de Mayo del 2014. El instrumento utilizado fue un formulario que contiene la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y preguntas orientadas a identificar los factores de riesgo para DPP. Los resultados fueron procesados en el sistema SPSS 15.00 versión evaluación.

La investigación cuenta con nueve capítulos, de los cuales el capítulo I es una introducción y antecedentes sobre depresión posparto, en el capítulo II se describe la base teórica de la presente investigación, el capítulo III explica los objetivos generales y específicos planteados, en el capítulo IV se describe el diseño metodológico empleado en el estudio, el capítulo V muestra los resultados obtenidos luego del análisis de los datos recolectados, el capítulo VI contiene la discusión de los resultados comparados con la literatura internacional, en el capítulo VII damos a conocer las conclusiones y recomendaciones de nuestro estudio, en el capítulo VIII se encuentra la bibliografía consultada y en el capítulo IX se incluyen los anexos.



La información obtenida se pondrá a disposición de: la Facultad de Ciencias Médicas, a quienes se les entregará una copia de los resultados de la investigación. Los beneficiarios directos de este trabajo serán las madres y sus familiares; así como los investigadores; de manera indirecta, se beneficiará a la comunidad en general y a los médicos que tendrán a su disposición información actualizada sobre DPP en Cuenca.

1.2. Planteamiento del problema

De los trastornos del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor tiene la más alta prevalencia a lo largo de la vida de entre todos los trastornos psiquiátricos, afectando hasta al 17% de personas y su prevalencia es del doble en las mujeres que en los varones. ⁽²⁾

La depresión posparto (DPP) es un trastorno depresivo mayor grave que aparece a las 4 semanas después del parto, produciendo alteración de la esfera afectiva presentándose en forma de: tristeza exagerada, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, incapacidad para enfrentar los problemas de la vida diaria, insomnio intenso, labilidad, fatiga y suicidio. Puede representar una urgencia psiquiátrica por el riesgo que tiene la madre y el niño, debido a ideas delirantes que tiene la madre con DPP. ⁽²⁾

Esta patología afecta a todos los integrantes de la familia, pues además de la sintomatología presentada en la madre se asocia con fuerte discapacidad para llevar a cabo actividades de la vía diaria, que generan repercusiones sobre el cuidado del niño; en quienes se reportan casos de mal nutrición, falta de vacunación, tasas elevadas de patologías infecciosas relaciones madre-hijo inseguras, alteraciones del desarrollo psicomotor, problemas de conducta, problemas en la lactancia, mayor riesgo de violencia intrafamiliar, menor asistencia a controles de salud e inmunizaciones, ideación suicida, pensamientos de muerte en relación al niño, negligencia con el infante, abuso de drogas, etc. ^{(3) (4)}. El resto de integrantes del círculo familiar también se ve afectado, primero: por el



importante rol que cumple la madre al realizar las tareas del hogar y segundo por el aporte económico del que actualmente dependen la mayor parte de familias.

Se han descrito múltiples factores asociados a la depresión entre los que encontramos; antecedentes depresivos ⁽⁵⁾, escaso apoyo familiar ⁽⁶⁾, eventos estresores durante el embarazo o el posparto ⁽⁷⁾, situaciones que serán discutidas en la presente investigación.

Se han realizado múltiples estudios a nivel mundial que reflejan la importante prevalencia de depresión posparto, empleándose como herramienta de tamizaje a la escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPE), obteniendo resultados muy aproximados a la prevalencia real, y validándose la misma como una escala óptima de tamizaje de DPP. Existe evidencia de categoría “C” para el empleo de la EDPE como herramienta de tamizaje con aceptable sensibilidad y especificidad. ⁽⁸⁾

La prevalencia de la depresión posparto se encuentra entre 8% y 30% siendo tres veces más elevada en los países subdesarrollados que en los países desarrollados. ⁽²⁾ En Chile se reporta una incidencia de 8% - 9,2% de DPP y una prevalencia desde 10,2% hasta el 20,5%⁽⁹⁾. En Brasil en un estudio realizado la prevalencia de depresión posparto se aproxima al 16,5%. ⁽¹⁰⁾ De acuerdo a un estudio realizado en el año 2004 en Colombia al menos el 10% de las personas en el estudio presentaron algún episodio depresivo durante los últimos doce meses previos al estudio. ⁽¹¹⁾ En Estados Unidos la prevalencia se presenta del 10% al 15% de nacimientos. Además es importante citar que de 1 a 6 madres con depresión posparto severa de cada 10.0000 nacimientos en Estados Unidos llega al suicidio cada año, ⁽¹²⁾ y que 1 de cada 3 a 4 madres presentan recidiva de DPP si no reciben tratamiento adecuado y oportuno. ⁽¹³⁾

En Ecuador no se tienen datos específicos sobre el tema, lo que constituye un real problema para nuestro sistema de salud. La demostración de una alta prevalencia y la identificación de los principales factores de riesgo podrían permitirnos poner



mayor énfasis y prevenir enfermedades en dos grupos vulnerables de la población como son madres y niños.

1.3. Justificación

Considerando la elevada frecuencia de depresión posparto DPP reportada a nivel mundial, la mayor tasa de afección de DPP en países subdesarrollados,⁽¹⁾ el desconocimiento, la falta de información y de datos estadísticos sobre DPP en Cuenca, así como la falta de interés prestado por los médicos a esta patología; es importante establecer cuál es la prevalencia y los factores de riesgo de DPP en las madres de Cuenca.

Este estudio fue encaminado a determinar la prevalencia y los factores de riesgo para depresión posparto de las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, con la finalidad de generar conciencia sobre la importancia de esta patología y así evitar repercusiones tanto en la madre como en el niño

Los datos obtenidos estarán disponibles para las autoridades de salud, en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, quienes deberán tomar conciencia sobre la importancia de esta patología e identificarlo como un problema social por el gran impacto que se produce sobre la familia, en búsqueda de la implementación de programas orientados a la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de DPP; siendo las principales beneficiarias de este estudio las madres atendidas en este hospital, ya que en muchos casos esta patología es pasada por alto.



CAPÍTULO II

2. Fundamento Teórico

2.1. Depresión

La depresión es una alteración del estado del ánimo caracterizado por una sensación de tristeza exagerada, anhedonia, abatimiento prolongado, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, que dependiendo de la intensidad de la sintomatología, puede impedir el cumplimiento de las actividades cotidianas. Además se presentan alteraciones de las esferas cognitiva somática y volitivo como alteraciones del apetito, sueño, impulsos, pensamientos, deterioro de la apariencia y aspecto personal.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo encontramos dos grandes grupos. Los trastornos bipolares y el trastorno depresivo mayor ^{(1) (2) (14)}

2.1.1. Trastorno Depresivo Mayor:

Es el trastorno del estado de ánimo en que los síntomas se presentan durante por lo menos dos semanas afectando la capacidad de efectuar las actividades cotidianas previas. Es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y en el 25% de los casos se conoce el acontecimiento precipitante. Existe variación diurna con acentuación de los síntomas en la mañana, existe retraso o agitación psicomotora y síntomas vegetativos asociados. Puede aparecer a cualquier edad pero la media es 40 años. Existen antecedentes familiares y se puede presentar como un único episodio o ser recidivante, además se describen un conjunto de trastornos depresivos mayores con ciertos rasgos que los vuelven únicos entre los cuales podemos citar al melancólico, crónico, con patrón estacional, con síntomas atípicos, catatónica, pseudodemencia, depresión



infantil, doble depresión, trastorno depresivo no especificado, con síntomas psicóticos y el trastorno depresivo mayor de inicio luego del parto. ^{(2) (14)}

El trastorno depresivo mayor es muy frecuente, afecta aproximadamente del 5% al 12% de hombres y del 10% al 25% de las mujeres a lo largo de su vida independientemente de las edades. Se presenta con mayor frecuencia en personas solteras y divorciadas que en las casadas y no se ha encontrado correlación con el estado socioeconómico ni entre las razas o grupos religiosos. Además representa la principal causa mundial de discapacidad y contribuye enormemente a la carga mundial de morbilidad. ^{(1) (2)}

2.1.2. Trastorno Depresivo Mayor de Inicio después del Parto:

Durante el embarazo y el puerperio se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para aparición de trastornos del estado del ánimo. Tres son las entidades clínicas asociadas con el parto:

Cuadro N°1				
Trastornos del estado del ánimo asociados al posparto				
Desorden	Prevalencia	Aparición	Duración	Tratamiento
Baby blues (Tristeza posparto)	30 – 75%	3-4 Días	Horas o Días	No requiere Tratamiento
Depresión posparto	10 – 15%	1 ^{er} año	Meses	Requiere tratamiento (Farmacológico o Terapia Cognitiva)
Psicosis puerperal	0,1-0,2%	2 semanas	Semanas a Meses	Hospitalización obligatoria

Fuente: Adaptado de Maternal Mental Health and Child Health and Development. World Health Organization. 2008. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh%26chd_chapter_1.pdf

Elaboración: Santacruz F, Serrano F.



La tristeza posparto se presenta entre el 50 y 80% de las madres quienes manifiestan síntomas de ansiedad, irritabilidad, llanto fácil, y labilidad emocional, que desaparece en dos semanas luego del parto y no requiere tratamiento. Se lo considera normal y se relaciona con el desequilibrio hormonal de estrógenos y progesterona tras la salida de la placenta, incremento de responsabilidades, alteración del ritmo de sueño, alteración de la rutina, impacto del parto. ^{(15) (16) (17)}

La psicosis puerperal por su parte representa el más severo e inusual cuadro de los trastornos del estado del ánimo en el posparto. Se caracteriza por: aparición antes de las dos semanas, depresión grave y delirios. Se presenta en uno o dos partos de cada 1000 afectando principalmente a las primíparas. Debido a los síntomas psicóticos, las madres tienen riesgo de dañar a sus hijos debido a cuidados maternos negligentes, incompetencia al realizarlo o alucinaciones que llevan a hacer daño al niño. ^{(17) (18)}

Cuando el cuadro depresivo se prolonga, es muy intenso o aparece un cuadro depresivo después del mes del posparto se debería considerar la presencia de depresión posparto. ⁽¹⁴⁾

Depresión Posparto: DPP

Generalidades

La depresión posparto es la complicación del parto más frecuente presentándose desde el 10% hasta el 25% de las mujeres. ⁽³⁾ Se presenta generalmente durante las primeras cuatro semanas del postparto, sin embargo podría iniciar hasta un año después del parto. La mayoría requiere tratamiento médico profesional ⁽¹⁴⁾

Esta patología debería ser considerada como una prioridad en salud pública debido al gran impacto que tiene sobre el desarrollo del círculo familiar, afectando no únicamente la calidad de vida de la madre, sino también la relación marital, y la calidad de vida del niño. Se ha demostrado que genera efectos adversos a largo plazo observándose mayor riesgo de depresión recurrente en la madre y alteraciones emocionales, conductuales, cognitivas e interpersonales en la vida de los hijos. ^{(10) (19) (20)}



El cuadro clínico de una madre con depresión posparto es muy similar al que presenta una madre que normalmente atraviesa por esta etapa de transición, entre los que encontramos alteraciones del apetito y del sueño, cansancio o fatiga, entre otros. Es entonces importante aprender a diferenciar la sintomatología del “Baby Blues” que se considera normal. ^{(2) (17)}

Definición

La DPP se define como un trastorno depresivo mayor grave del estado de ánimo que aparece a las 4 semanas del parto, pudiendo llegar hasta el año. ⁽²⁾

En la actual clasificación del DSMV lo define como trastorno depresivo mayor de inicio en el peri parto, debido a que se ha demostrado que aproximadamente en el 50% de casos la depresión comienza realmente antes del parto. ⁽¹⁴⁾

Epidemiología:

La Depresión posparto es el trastorno del ánimo asociado al nacimiento mas prevalente puesto que se presenta hasta en el 25% de las madres. Remite luego de tres a seis meses, sin embargo tiene un riesgo de recidiva estimado en 1 de cada tres o cuatro madres si estas no reciben tratamiento adecuado. ⁽³⁾

En estudios realizados en los países vecinos encontramos datos que difieren dependiendo del método empleado para el diagnóstico o la definición de caso. Así encontramos: en Chile se reporta una incidencia de 8% - 9,2% de DPP y una prevalencia desde 10,2% hasta el 20,5%. ⁽⁹⁾ Hubo una prevalencia de DPP del 22% en Venezuela ⁽¹⁹⁾. En Brasil en un estudio realizado la prevalencia de depresión posparto se aproxima al 16,5%. ⁽¹⁰⁾ De acuerdo a un estudio realizado en Lima- Perú la prevalencia de DPP con el EDPE se encuentra en el 33% de las puérperas. ⁽²⁰⁾ A su vez en México encontramos un reporte de una incidencia del 18%. ⁽²¹⁾

Etiología:



Aunque no se ha determinado exactamente la causa de depresión posparto, se la asocia a los cambios tanto fisiológicos como sociales que ocurren después del parto, entre estos encontramos: cambios físicos corporales, cambios laborales, en las relaciones sociales, reducción del tiempo, sobrecarga de responsabilidades, alteración del sueño y el temor acerca de una buena maternidad. Los cambios peculiares que vive la madre en esta etapa han llevado a proponer algunas teorías:

- Esteroides placentarios:

Se conoce que las variaciones en la concentración de estrógenos y progesterona, se relacionan con cambios de humor en las mujeres, razón por la cual se define que las mismas tienen también acción central y repercusiones psicológicas. Tras el parto los niveles de estrógenos y progesterona descienden tras la salida de la placenta, lo que ha llevado a postularlo como uno de sus determinantes. Se demostró que mujeres a las que se administra progestina o estrógenos en una dosis única 48 horas luego del parto, disminuyen sus manifestaciones de depresión tras su evaluación con el EDPE ⁽²²⁾

- Alteraciones Autoinmunes:

Debido a que la madre entra en contacto con múltiples antígenos fetales durante el parto y por la reacción similar de otras patologías, los científicos han propuesto como posible causa de la DPP al desarrollo de autoanticuerpos al menos en cierto número de casos. ⁽²³⁾

- Alteraciones del Ritmo Circadiano:

Las alteraciones del sueño generadas por el cambio de horario que tiene que cumplir una madre tras la llegada de un nuevo hijo, pueden desencadenar depresión. La melatonina es una hormona producida en la glándula pineal durante el sueño, la actividad y la exposición a la luz inhibe la liberación de melatonina razón por la cual se realizó un estudio para bloquear la exposición a la luz y evitar que cese la liberación de melatonina durante la noche encontrándose importantes resultados que favorecen la hipótesis ⁽²⁴⁾

- Factores Psicológicos:



Se describe que ciertos trastornos psicológicos están asociados con mayor predisposición a la depresión posparto; entre los cuales cabe mencionar trastorno depresivo mayor durante el embarazo, ansiedad durante el embarazo, historia de trastorno depresivo mayor, síndrome disfórico premenstrual, stress social durante el periodo perinatal, falta de apoyo familiar, dificultades de pareja, embarazo adolescente. ^{(25) (26)}

Cuadro Clínico:

La sintomatología que se presenta en este trastorno es: anhedonia, insomnio intenso, labilidad, fatiga, ideación suicida u homicida sobre el bebe, angustia significativa y gran dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas y cumplir con las nuevas responsabilidades adquiridas. Estos síntomas pueden llegar a ser incapacitantes y llevar a la madre a tener falta de confianza en sí misma, baja expectativa sobre su capacidad como madre y baja autoestima. En casos graves representan una urgencia psiquiátrica, con riesgo para la madre y para el bebe. ⁽²⁾
^{(14) (18)}

Criterios Diagnósticos

Para el diagnóstico de DPP se emplean los criterios descritos en dos sistemas principalmente, el perteneciente a la Sociedad Americana de Psiquiatría “DSMV” y el Perteneciente a la Organización Mundial de la Salud CIE 10.

Factores de riesgo

Actualmente se desconoce la etiología exacta de este trastorno; pero se han descrito factores asociados; entre ellos tenemos factores demográficos, psicosociales y perinatales que pueden llegar a tener un alto, medio y bajo riesgo de desarrollar síntomas de depresión posparto.

Dentro de los factores demográficos tenemos: instrucción baja o nula, edades extremas, número de hijos. ^{(9) (26) (27)}

Los factores psicosociales que tienen una fuerte asociación son antecedentes personales de baja autoestima, depresión posparto previas, relaciones maritales



difíciles, falta de apoyo de sus familiares en especial de sus parejas o apoyo social se consideran factores importantes de DPP, violencia familiar y en particular cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo, madres que trabajan o embarazo no deseado o no planificado. ^{(29) (30) (31) (32)}

El estado civil, antecedentes familiares de problemas mentales, tristeza posparto severa, complicaciones obstétricas, depresión en las parejas y las características de salud y temperamento del recién nacido presentan una asociación más débil. ^{(12) (26) (33)}

Se ha demostrado discreta asociación con depresión posparto a disfunciones tiroideas, cambios hormonales, alta hospitalaria precoz, parto prematuro, alimentación artificial del bebé, relación pobre de pareja, procesos de duelo en curso, edad, etnia, religión y paridad de la madre, vivienda rural, consumo de tabaco y enfermedad médica de la madre. ^{(13) (27)}

En el estudio prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión en puerperas en un centro de atención primaria en el sur de Chile realizado en el año 2008 se plantea que los factores de riesgo más importantes son aquellos de tipo familiar. ⁽²⁸⁾ En el estudio realizado por Pietro Grussu en mujeres italianas se plantea que los factores de riesgo más importantes están asociados a baja educación, ansiedad preparto y bajo apoyo durante el embarazo y tras el parto ⁽²⁹⁾. En un estudio realizado en Victoria Australia sobre los factores de riesgo prenatales para depresión posparto se determinó que cuadros depresivos previos o actuales y falta de apoyo de la pareja son los factores de riesgo prenatales esenciales para la depresión posparto. ⁽¹²⁾

Los factores relacionados con depresión posparto, varían dependiendo donde se han realizado los estudios, motivo por el cual, es importante definir los factores relacionados de nuestro medio, sobre todo para estrategias de prevención y diagnóstico precoz.



En el presente estudio analizamos los factores de riesgo que consideramos como los principales determinantes de DPP en las madres de Cuenca, entre los que destacamos:

- Edad: Algunos autores plantean que las edades extremas son considerados como riesgo importante para desarrollar depresión posparto. Las madres adolescentes son las que presentan mayor riesgo de desarrollar depresión posparto por los cambios en esta nueva etapa, las responsabilidades que implica la maternidad, que se asocian con la inestabilidad emocional que presentan los adolescentes.^{(9) (27) (28)} Mientras que otros autores obtuvieron resultados que niegan asociación entre grupos etarios específicos y DPP ⁽¹⁰⁾
- Instrucción: Niveles de instrucción menores se han asociado con mayor prevalencia de depresión posparto probablemente relacionado con las menores oportunidades que los mismos generan para las madres afectadas. ^{(19) (30)}
- Ocupación: Se asocian con mayor prevalencia de depresión posparto aquellas madres que cuentan con un trabajo fuera del hogar, puesto que además de las labores que cumple una madre en nuestra sociedad la responsabilidad de una actividad laboral y el cuidado que demanda el recién nacido genera una sobrecarga de responsabilidad que podría predisponer a cuadros de este tipo. ⁽³⁰⁾
- Estado civil: Se ha observado mayor prevalencia de DPP en las madres que no cuentan con apoyo de una pareja como las madres solteras, viudas y divorciadas. ^{(12) (19) (26) (33)}

Además de los factores de riesgo demográficos planteados en este estudio se describen los siguientes:

- Paridad: se ha observado mayor prevalencia de DPP en madres primíparas, atribuyendo esta situación a la inexperiencia en el cuidado del



recién nacido y el cambio de vida drástico que se observa en las madres tras el nacimiento de su hijo. ^{(10) (19)}

- Violencia intrafamiliar: se ha observado mayor prevalencia de depresión posparto en aquellas madres con antecedentes de violencia intrafamiliar, la cual está estrechamente relacionada con problemas de baja autoestima y cuadros depresivos previos. ^{(29) (30) (31) (32)}
- Factor Estresor: se ha observado importante asociación entre la presencia de un factor estresor durante el embarazo o el posparto con el desarrollo posterior de DPP. Entre los que se describen: enfermedad de la madre durante el parto o el posparto, patologías del niño tanto intrauterino como después del nacimiento, muerte de seres queridos, divorcio, inestabilidad económica, entre otros. ^{(12) (19) (26) (29)}
- Embarazo planificado: la falta de planificación de embarazo se ha asociado fuertemente con el desarrollo de depresión posparto y psicosis puerperal en múltiples estudios. ^{(10) (29) (31)}
- Antecedente de depresión: Se describe como el factor de riesgo más importante. Cabe destacar que en nuestro medio el diagnóstico y tratamiento de esta patología es muy escaso. ^{(25) (26) (29) (30) (31) (32)}
- Apoyo social: la falta de apoyo de una persona cercana ha demostrado ser determinante para el desarrollo de DPP. Encontramos múltiples estudios que relacionan la falta de apoyo social con DPP. ^{(19) (29) (30) (31) (32)}
- Pareja estable: la falta de una pareja estable se relaciona con mayores niveles de estrés, relacionados sobre todo con la inestabilidad económica, familiar y falta de apoyo que genera la misma. ^{(12) (26) (30) (31) (32)}

2.1.3. Escala de depresión posparto de Edimburgo

La alta prevalencia de DPP registrada y sus graves repercusiones en la relación materno infantil, así como en el desarrollo integral del recién nacido llevó a múltiples investigadores a idear una herramienta que permita realizar un tamizaje a las púerperas con el fin de realizar un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno



y evitar las complicaciones de DPP. ^{(10) (11) (21) (25)} Así se creó la EDPE, que fue diseñada específicamente para reconocer síntomas depresivos típicos en mujeres puérperas, sus ítems analizan la depresión desde dos factores principales, la tristeza y la ansiedad.

El modelo tradicional consta de 10 preguntas de opción múltiple, con cuatro literales cada una (Ver Anexo I), a las que corresponde un puntaje entre 0 y 3 de acuerdo a la severidad de la sintomatología depresiva. De esta manera la escala se califica sobre un total de 30 puntos. Se evalúa en base a 5 parámetros: disforia con 5 preguntas “1,2,7,8,9”, ansiedad con 2 preguntas “4 y 5”, sentimiento de culpa con 1 pregunta “3”, Dificultad de concentración 1 pregunta “6”, ideación suicida, “10”.

Las preguntas “1-2 y 4” se clasifican de 0-3 de forma ascendente y las preguntas “3-5-6-7-8-9-10” se califican de 3-0 en forma descendente.

De acuerdo a la calificación obtenida en la escala definimos dos grupos: aquellas mujeres con una puntuación entre 0-9 bajo riesgo de tener depresión posparto y aquellas con puntuaciones superiores a 10 o más tienen alto riesgo de tener depresión posparto; además las mujeres que tengan 1 o más puntos en la pregunta número 10 sin importar su puntaje en la EDPE, se considera que tiene un alto riesgo de tener depresión posparto.

En varios estudios se ha concluido que esta escala es válida y segura para detectar depresión posparto con una sensibilidad de 90% y una especificidad de 82%. Además que es un instrumento sencillo, fácil de aplicar pues no existen mayores problemas de comprensión de los ítems que se preguntan ⁽³⁵⁾. La escala incluso se ha implementado como método de tamizaje para la población chilena.

(9)



CAPÍTULO III:

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia y factores de riesgo de la depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2014, en la ciudad de Cuenca.

3.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar a las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga con Depresión Posparto
2. Establecer la prevalencia de depresión posparto de madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga
3. Identificar principales factores de riesgo de la depresión posparto: edad, escolaridad, paridad, estado civil, antecedente de DPP, falta de apoyo social, eventos estresantes durante el embarazo o posparto, violencia intrafamiliar, pareja estable, embarazo no planificado.

3.3. Hipótesis

La depresión posparto está asociada a los factores de riesgo: edad, estado civil, instrucción, ocupación, antecedente de depresión posparto, falta de apoyo familiar, factores estresores durante el embarazo y el parto, violencia intrafamiliar, pareja estable, paridad y embarazo no planificado.



CAPÍTULO IV

4. Diseño Metodológico

4.1. Diseño General del Estudio

4.1.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de prevalencia, analítico, transversal, en el cual se utilizó como instrumento un formulario que constó de: variables demográficas, variables de estudio y la escala de depresión posparto de Edimburgo.

4.1.2. Área de Investigación

Nuestro estudio se realizó en el área de gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el año 2014.

4.1.3. Definiciones Operacionales

Universo de estudio, unidad de análisis y observación, criterios de inclusión y exclusión, procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con sujetos humanos.

4.1.4. Universo de estudio

El universo del presente estudio fueron 248 madres residentes en Cuenca, cuyo parto fue atendido entre el 4 de Febrero y el 4 de Mayo del 2014, en el área de gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el año 2014. De acuerdo a los datos proporcionados por el Departamento de Estadística del Hospital José Carrasco Arteaga, se atendió el parto de 278 madres residentes en Cuenca, durante el periodo de investigación. De estas, 30 madres no desearon participar en el estudio por lo que fueron excluidas del universo.

4.1.5. Selección y Tamaño de la muestra



La Muestra de nuestro estudio es de tipo no probabilística consecutiva.

4.1.6. Unidad de análisis y observación

Madres que se encontraron hospitalizadas luego del parto en el área de gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga y que cumplieron los criterios de inclusión

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1. Criterios de inclusión

Todas las madres residentes en el cantón Cuenca cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga, entre el 4 de febrero y el 4 de mayo del año 2014 y que aceptaron participar en este estudio firmando el consentimiento informado.

4.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron a todas las madres que: no residieron en el cantón Cuenca, a las que no desearon participar en la investigación, ni firmaron el consentimiento informado

4.3. Métodos e instrumentos para obtener la información

La recolección de los datos se realizó en dos tiempos: una entrevista inicial realizada en el Hospital José Carrasco Arteaga, después del parto en la que se firmó el consentimiento informado. La segunda: una encuesta que se realizó entre 4 y 6 semanas después del parto en el domicilio de las madres participantes en el cual los datos fueron obtenidos por medio de un formulario que contiene la escala de depresión posparto de Edimburgo y preguntas orientadas a determinar los factores de riesgo para DPP. (Ver Anexo III) La escala de Depresión Posparto de Edimburgo ha sido validada por múltiples autores. En un estudio realizado en México, se determinó que esta escala tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 82%. (35)



4.3.1. Métodos de procesamiento de la información

La tabulación de los datos se realizó por medio del programa estadístico SPSS 15.00 versión evaluación. La presentación de los datos se realizó en forma de distribución de acuerdo a frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas. Los resultados son presentados en tablas simples y de doble entrada.

Para determinar los factores de riesgo para DPP se empleó la razón de prevalencia que se obtiene al dividir la prevalencia en los expuestos sobre la prevalencia de los no expuestos. ⁽³⁶⁾; considerándose factor de riesgo valores superiores a 1.

$$RP = \frac{\text{Prevalencia en los expuestos}}{\text{Prevalencia en los no expuestos}}$$

Para determinar la asociación estadística entre los factores de riesgo y DPP se empleó el Valor de p, el cual nos indica si la asociación encontrada se debe al azar o no. Los valores menores a 0,05 son estadísticamente significativos, mientras que aquellos mayores a 0,05 no serán estadísticamente significativos. ⁽³⁷⁾

4.3.2. Técnica

Utilizamos la entrevista estructurada y se aplicó un formulario que constó de datos demográficos, la escala de depresión posparto de Edimburgo y preguntas orientadas a determinar los factores de riesgo para DPP.

4.3.3. Procedimiento para la recolección de la información e instrumentos a utilizar

Se solicitó la autorización pertinente para que se nos permitiera realizar las entrevistas a las madres que se encontraban hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia, mediante un oficio dirigido al Dr. Juan Carlos Ortiz, Director del Área de Investigación y Docencia del Hospital José Carraco Arteaga (ver anexo II), el mismo que fue aprobado.



Posteriormente realizamos las entrevistas a las madres que se encontraban hospitalizadas en el área de gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga y se entregó el consentimiento informado en el que se encontraba la información del estudio (ver anexo III)

Se realizó una visita domiciliaria entre 4 y 6 semanas después del parto en la cual se procedió a aplicar el formulario respectivo (ver anexo IV)

4.3.4. Tablas

Se utilizó tablas simples y de doble entrada

4.3.5. Medidas Estadísticas

En el análisis estadístico se realizó el AED (Análisis exploratorio de datos), corroborando la normalidad de la muestra según prueba Kolmogorov-Smirnov.

Las principales medidas estadísticas que se utilizaron fueron medidas de frecuencia relativa como el porcentaje para las variables cualitativas; el valor de p para medición de asociación entre las variables y la razón de prevalencia para determinar riesgo.

4.3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos.

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Se obtuvo la autorización del Área de Investigación y Docencia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, para la realización de las entrevistas a las madres.

A las madres que cumplieron con los criterios de inclusión se les informó acerca de la investigación y a las que aceptaron participar en el presente estudio se les pidió firmar el consentimiento informado.

La información aportada por las madres que decidieron participar en el estudio es de absoluta confidencialidad y no serán utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, ni serán expuestos de ninguna forma.

**4.3.7. Variables.****4.3.7.1. Operacionalización de las variables.****OPERACIONALIZACIÓN**

VARIABLE	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Depresión posparto	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por estado depresivo la mayor parte del tiempo, disminución del interés para las actividades cotidianas, alteraciones del sueño, pérdida de energía, sentimientos de culpa, pensamientos de muerte agitación y enlentecimiento psicomotor, que inicia 4 semanas después del parto. ⁽²⁾	Disforia, ansiedad, sentimiento de culpa, dificultad de concentración, Ideas suicidas	Puntaje obtenido con la escala de depresión posparto de Edimburgo	Más de 10 puntos en EDPE: Elevada Probabilidad de DPP: 10 o menos puntos en EDPE: Baja probabilidad de DP P:
Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE	Respuesta afirmativa sobre ideas suicidas en la EDPE.	Tiene DPP No DPP	Puntaje obtenido en la pregunta N° 10 de la EDPE	Si: >0 No: 0
Edad reproductiva ideal	Edad en que la madre reúnen las mejores características biológicas, psicológicas y sociales para resultar embarazada. (38)	Numérico	Cedula	Madre en edad reproductiva ideal: 20-34 Madre fuera de la edad reproductiva Ideal (edades extremas): <20 y >34
Estado Civil	Situación de hecho de la población de 12 o más años en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país. ⁽³⁹⁾	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión Libre	Cédula	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión Libre
Instrucción	Último año aprobado en el ciclo de educación más avanzado que declare haber cursado la persona	Analfabeta Primaria Secundaria Tercer Nivel	Ultimo año aprobado referido por la madre.	Analfabeta Primaria Secundaria Tercer Nivel



	en el sistema educativo. ⁽³⁹⁾	Cuarto Nivel		Cuarto Nivel
VARIABLE	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Ocupación	Actividad, oficio profesión que desempeña de manera habitual.	Trabajo Remunerado Quehaceres Domésticos Estudiante	Ocupación que refiere la madre al momento de la entrevista	Trabajo Remunerado Quehaceres Domésticos Estudiante
Antecedente personal de depresión posparto	Diagnóstico de DPP por un médico en embarazos anteriores	Si tuvo diagnóstico previo de DPP No tuvo diagnóstico previo de DPP	Respuesta referida por la madre al formulario de recolección de datos.	Si: alto riesgo de DPP No: bajo riesgo de DPP
Falta de apoyo familiar durante el embarazo.	Contar con el apoyo de un familiar durante el embarazo y el posparto	No recibió Apoyo Si recibió apoyo	Respuesta referida por la madre al formulario de recolección de datos.	Si: alto riesgo de DPP No: bajo riesgo de DPP
Factores estresores durante el embarazo	Si la madre sufrió: muerte de un ser querido, diagnóstico de enfermedad severa en ella o en cercanos, divorcio, pérdida de trabajo o inestabilidad económica durante su embarazo o en el posparto.	Presencia de factores estresores Ausencia de factores estresores.	Respuesta referida por la madre al formulario de recolección de datos.	Si: alto riesgo de DPP No: bajo riesgo de DPP
Violencia Intrafamiliar	Toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de los demás integrantes del núcleo familiar. ⁽⁴⁰⁾	Violencia intrafamiliar No Violencia intrafamiliar	Respuesta referida por la madre al formulario de recolección de datos.	Si alto riesgo de DPP No bajo riesgo de DPP
Pareja estable	Dos personas procedentes de diferentes familias, que deciden vincularse afectivamente y que tienen un proyecto de vida común. ⁽⁴¹⁾	No tuvo pareja estable Si tuvo Pareja Estable	Respuesta referida por la madre al formulario de recolección de datos.	Si: alto riesgo de DPP No: bajo riesgo de DPP
Paridad	Número de Hijos nacidos vivos que ha tenido la madre hasta el momento	Primípara Múltipara	Numerico	Primípara: <1 Múltipara: >1



	en que registra su último hijo. ⁽³⁹⁾			
VARIABLE	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Embarazo No Planificado	Embarazo que no fue deliberadamente evitado mediante tecnología anticonceptiva. ⁽⁴²⁾	Embarazo no planificado Embarazo planificado	Respuesta referida por la madre al formulario de recolección de datos.	Si Alto riesgo de DPP No Bajo riesgo de DPP



CAPÍTULO V

5. Resultados

5.1. Cumplimiento del estudio:

La presente Investigación se realizó en el área de gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga, de la ciudad de Cuenca, en la cual se aplicaron 248 formularios, los mismos que fueron contestados por las madres cuyo parto fue atendido en esta institución, con asistencia de los autores.

5.2. Características de la población de estudio:

Se seleccionaron 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga entre el 4 de Febrero y el 4 de Mayo del año 2014; obteniendo un total de 248 formularios empleados para la elaboración de la base de datos de esta investigación.



5.3. Análisis de los resultados:

Tabla #1

Características de la población estudiada: madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, 2014.

VARIABLES		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Edad reproductiva ideal	Madre en edad reproductiva ideal: 20-34 años	47	19%
	Madre fuera de la edad reproductiva ideal: <20 y >34	201	81%
Total		248	100%
Estado Civil	Soltera	47	19%
	Casada	151	60,90%
	Viuda	1	0,40%
	Divorciada	3	1,20%
	Unión Libre	46	18,50%
Total		248	100%
Instrucción	Primaria	45	18,10%
	Secundaria	118	47,60%
	Tercer Nivel	78	31,50%
	Cuarto Nivel	7	2,80%
Total		248	100%



Tabla #1 (Continuación)

Características de la población estudiada: madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, 2014.

VARIABLES		ESTADÍSTICA	
		DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Ocupación	Trabajo remunerado	213	85,90%
	Quehaceres Domésticos	24	9,70%
	Estudiante	11	4,40%
Total		248	100,00%
Factores estresores durante el embarazo	Si	108	43,50%
	No	140	56,50%
Total		248	100%
Falta de apoyo familiar durante el embarazo	N tuvieron apoyo Familiar	9	3,60%
	Si tuvieron apoyo familiar	239	96,40%
Total		248	100%
Antecedente personal de depresión posparto	Si	27	10,9
	No	221	89,1
Total		248	100%
Pareja estable	No tuvo pareja estable	31	12,50%
	Si tuvo pareja estable	217	87,50%
Total		248	100%



Tabla #1 (Continuación)

Características de la población estudiada: madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, 2014.

VARIABLES		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Paridad	Primípara	93	37,5
	Múltipara	155	62,5
Total		248	100%
Violencia Intrafamiliar	Si	34	13.7%
	No	214	86,30%
Total		248	100%
Embarazo no planificado	No Planificaron	131	52,80%
	Si Planificaron	117	47,20%
Total		248	100%
Depresión posparto determinado por ideas suicidas	Si	16	6,50%
	No	232	93,50%
Total		248	100%
Depresión posparto: de acuerdo a Test de Edimburgo	Si: Puntaje Mayor a 10	85	34,30%
	No: Puntaje Menor a 11	163	65,70%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.



Tabla #2

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según edad reproductiva ideal.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Edad reproductiva ideal	No se encuentran en edad reproductiva ideal: 20-34 años	47	19%
	Se encuentran en edad reproductiva ideal: <20 y >34	201	81%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: Del total de madres participantes en el estudio, el 81% corresponde a la edad reproductiva ideal mientras que el 19% no lo hace.



Tabla #3

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según estado civil.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Estado Civil	Soltera	47	19%
	Casada	151	60,90%
	Viuda	1	0,40%
	Divorciada	3	1,20%
	Unión Libre	46	18,50%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: Del total de madres participantes en el estudio, el 60,9% corresponde al estado civil casada. Le siguen en porcentaje el estado civil soltera y unión libre con 18,5% y 19% respectivamente. Los estados civiles: viuda y divorciada representan juntos un 1,6%



Tabla #4

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según nivel de instrucción.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Nivel de Instrucción	Primaria	45	18,10%
	Secundaria	118	47,60%
	Tercer Nivel	78	31,50%
	Cuarto Nivel	7	2,80%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: No existen madres analfabetas en la población estudiada. El 47,6% de madres tiene una educación secundaria, un 31,5% tiene una educación de tercer nivel, un 18,1% tiene instrucción primaria y el nivel de instrucción menos representativo está representado con las madres que alcanzaron el cuarto nivel de instrucción con un 2,8%.



Tabla #5

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según ocupación.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Ocupación	Trabajo remunerado	213	85,90%
	Quehaceres Domésticos	24	9,70%
	Estudiante	11	4,40%
Total		248	100,00%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: De acuerdo a la tabla #5, se observa que el 85,9% de la población estudiada tiene un trabajo fuera de casa, el 9,7% únicamente realiza quehaceres domésticos y un 4,4% pertenece al grupo de estudiantes.



Tabla #6

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según presencia de factor estresor.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Presencia de factores estresores durante el embarazo.	Si	108	43,50%
	No	140	56,50%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: De las 248 madres estudiadas, el 43,5% presentó algún factor estresor, durante su embarazo, mientras que un 56,5% no lo presento.



Tabla #7

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según falta de apoyo familiar durante el embarazo.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Falta de apoyo familiar durante el embarazo	No recibió apoyo familiar durante embarazo	9	3,60%
	Si recibió apoyo familiar durante el embarazo	239	96,40%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: Un 3,6% del total de madres encuestadas no recibió apoyo familiar durante su embarazo, mientras que un 96,4% si recibió apoyo familiar.



Tabla #8

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según diagnóstico personal previo de DPP.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Antecedente personal de depresión posparto	Si	27	10,9
	No	221	89,1
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: Del total de madres participante en el estudio un 10,9% tuvo diagnóstico previo de DPP, mientras que el 89,1% no lo tuvo.

Tabla #9

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según ausencia de pareja estable.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Pareja estable	No tuvo pareja estable	31	12,50%
	Si tuvo pareja estable	217	87,50%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: El 12,5% de madres encuestadas no tuvo pareja estable, mientras que el 87,5% de ellas si contó con una pareja estable.

Tabla #10

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según paridad.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Paridad	Primípara	93	37,5
	Múltipara	155	62,5
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: El 37,5% de las madres encuestadas corresponde a las madres primíparas, mientras que un 62,5% de ellas pertenece a las múltiparas.

Tabla #11

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según violencia intrafamiliar.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Violencia Intrafamiliar	Si	34	13.7%
	No	214	86,30%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: De las 248 madres que participaron en el estudio, el 13,7% corresponde a aquellas que sufrieron violencia intrafamiliar durante el embarazo, mientras que el 86,3% de las madres no sufrieron violencia intrafamiliar.



Tabla #12

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según falta de planificación de embarazo.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		Frecuencia	%
Embarazo no planificado	No Planificaron	131	52,80%
	Si Planificaron	117	47,20%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: Las madres que no planificaron su embarazo representan a la mayor parte de la población con un 52,8% mientras que las madres que planificaron su embarazo representan un 47,2%.



Tabla #13

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según depresión posparto de acuerdo a EDPE

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		FRECUENCIA	%
Depresión posparto: de acuerdo al Test de Edimburgo	Si: Puntaje Mayor a 10	85	34,30%
	No: Puntaje Menor a 11	163	65,70%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: De las 248 madres un 34,3% corresponde al grupo de madres con elevada probabilidad de DPP, mientras que un 65,7% corresponde al grupo de baja probabilidad de DPP.



Tabla #14

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según diagnóstico de depresión posparto por ideación suicida y EDPE.

VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		FRECUENCIA	%
Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE	Si	16	6,50%
	No	232	93,50%
Total		248	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: El 6,5% de las madres estudiadas en esta investigación, presenta diagnóstico de depresión posparto de manera directa, independientemente de la calificación obtenida en la EDPE, debido a que presentó ideas suicidas. Un 93,5% no presenta depresión posparto por ideas suicidas.



Tabla # 15

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según Depresión posparto determinado por ideas suicidas y antecedente personal de depresión posparto.

Antecedente personal de depresión posparto	Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE					
	Si		No		Total	
	#	%	#	%	#	%
Si	2	12,5	25	10,77	100	27
No	14	87,5	207	89,22	100	221
Total	16	100	232	100	100	248
CHI-CUADRADO DE PEARSON: 0,46/ 1 GL				Valor de p: 0.830		

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: Al analizar la variable antecedente de depresión posparto, observamos que el 12,5% de las madres con depresión posparto por ideas suicidas estuvieron expuestas al mismo, mientras que el 87,5% de ellas no tuvieron un antecedente personal de depresión posparto. Se obtuvo un valor de p: 0,0830 que no comprueba que exista asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas.

Tabla #16

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según Depresión posparto determinado por ideas suicidas y factores estresores durante el embarazo.

Factores Estresores durante el embarazo	Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE					
	Si		No		Total	
	#	%	#	%	#	%
Si	9	56,25	99	42,67	100	108
No	7	43,75	133	57,32	100	140
Total	16	100	232	100	100	248
CHI-CUADRADO DE PEARSON: 2,443/ 1 GL				Valor de p: 0.118		

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: En la tabla anterior observamos que un 56,25% de las madres con depresión posparto por ideas suicidas presentaron un factor estresor durante el embarazo mientras que el 43,75% de estas madres no lo hicieron. De manera inversa en las madres sin depresión posparto determinado por ideas suicidas el 42,67% de las madres presentaron un factor estresor, mientras que el 57,32% de las madres si lo hicieron. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de factores estresores durante el embarazo y la depresión posparto determinado por ideación suicida.



Tabla # 17

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según Depresión posparto determinado por ideas suicidas y pareja estable

Pareja Estable	Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE					
	Si		No		Total	
	#	%	#	%	#	%
No tiene Pareja Estable	4	25	27	11,63	100	31
Si Tiene Pareja Estable	12	75	205	88,36	100	217
Total	16	100	232	100	100	248
CHI-CUADRADO DE PEARSON: 2,443 / 1 GL				Valor de p: 0.118		

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: De las madres con depresión posparto por idea suicida, el 25% no tuvo una pareja estable mientras que el 75% si tuvo pareja estable. Se obtuvo un valor de p de 0,118 con lo que se descarta asociación estadísticamente significativa entre la variable tener pareja o compañero estable y la presentación de depresión posparto por ideas suicidas.



Tabla #18

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según Depresión posparto determinado por ideas suicidas y paridad

Paridad	Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE					
	Si		No		Total	
	#	%	#	%	#	%
Primípara	10	62,5	83	35,77	100	93
Múltipara	6	37,5	149	64,22	100	155
Total	16	100	232	100	100	248
CHI-CUADRADO DE PEARSON: 3,49 / 1 GL				Valor de p: 0.062		

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: En la tabla se evidencia que el 62,5% de las madres con depresión posparto por ideas suicidas fueron primíparas mientras que el 37,5% fueron múltiparas. Al observar el grupo de madres sin diagnóstico de depresión posparto por ideas suicidas, se observa un menor porcentaje para las primíparas con un 35,7% y uno mayor para las múltiparas con el 64,2%. Se obtuvo un valor de p de 0,062 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa.



Tabla # 19

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según Depresión posparto determinado por ideas suicidas y embarazo no planificado

Embarazo No planificado	Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE					
	Si		No		Total	
	#	%	#	%	#	%
No planificaron el embarazo	12	75	119	51,29	100	131
Si planificaron el embarazo	4	25	113	48,70	100	117
Total	16	100	232	100	100	248
CHI-CUADRADO DE PEARSON: 3,37 / 1 GL				Valor de p: 0.066		

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: De las madres con depresión posparto por ideas suicidas, el 75% no planificó su embarazo, mientras que un 25% de ellas si lo hizo. Al analizar la asociación estadística se observó que no existe una asociación significativa, pues el valor de p obtenido fue de 0,066.

Tabla # 20

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según depresión posparto determinada por ideas suicidas y edad reproductiva ideal.

Edad reproductiva ideal	Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE						RP	IC	Valor de p
	Si		No		Total				
	#	%	#	%	#	%			
No se encuentran en edad reproductiva ideal 20-34 años	7	43,75	40	17,24	47	16,13	2,53	1,36-4,731	0,022
Se encuentran en edad reproductiva ideal: <20 y >34	9	56,25	192	82,76	201	77,42			
Total	16	100	232	100,00	248	93,55			

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: El 43,7% de las madres con depresión posparto por ideas suicidas se encuentra dentro de la edad reproductiva ideal, mientras que las madres que no se encuentran en edad reproductiva ideal representan un 56,2%. Se identificó asociación estadísticamente significativa entre edad reproductiva ideal y DPP, pues se obtuvo una p de 0,022. Se corroboró que no encontrarse en edad reproductiva ideal representa un factor de riesgo con una RP 2,53 y un intervalo de confianza de 1,36-4,731. Por lo cual de acuerdo al estudio, encontramos que las madres que no presentan una edad reproductiva ideal están 2,53 veces más predispuestas a padecer DPP determinada por ideación suicida según EDPE.

Tabla # 21

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014, según depresión posparto directa por ideas suicidas y falta de apoyo familiar durante el embarazo.

Falta de apoyo familiar durante el embarazo	Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE						RP	IC	Valor de p
	Si		No		Total				
	#	%	#	%	#	%			
No recibió apoyo familiar durante embarazo	3	18,75	6	2,59	9	3,63	7,25	1,99-26,33	0,0008
Si recibió apoyo familiar durante el embarazo	13	81,25	226	97,41	239	96,37			
Total	16	100	232	100,00	248	100,00			

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: De acuerdo a la tabla # 21 el 18.75% de madres con depresión posparto determinado por ideas suicidas no recibió apoyo familiar durante su embarazo, mientras que el 81.25% de las madres con depresión posparto determinado por ideas suicidas si recibió apoyo familiar. Se encontró asociación estadística entre apoyo familiar y DPP al determinar un valor de p: 0,0008; empleando la razón de prevalencia se encontró las madres que no recibieron apoyo familiar durante el embarazo tienen 7,25 veces más riesgo de desarrollar DPP que las madres que si recibieron apoyo familiar durante el embarazo.

Tabla # 22

Distribución de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. 2014 según depresión posparto directa por ideas suicidas y violencia intrafamiliar.

Violencia Intrafamiliar	Depresión posparto determinado por ideación suicida según EDPE						RP	IC	Valor de p
	Si		No		Total				
	#	%	#	%	#	%			
Si	7	43,75	27	11,64	34	13,71	3,75	1,94-7,26	0,0003
No	9	56,25	205	88,36	214	86,29			
Total	16	100	232	100,00	248	100,00			

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Realizado por: Santacruz F; Serrano F.

Interpretación: Haber sufrido violencia intrafamiliar presenta asociación estadísticamente significativa con DPP con un valor de p de 0,0003, representando un factor de riesgo pues se obtuvo una RP de 3,75 con un IC entre 1,94-7,26. Lo que nos indica que las madres que sufrieron violencia intrafamiliar tienen 3,75 veces más probabilidad de desarrollar DPP que las madres que no sufrieron violencia intrafamiliar.



CAPÍTULO VI

6 DISCUSIÓN:

Con este estudio buscamos determinar la prevalencia de depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, además de identificar aquellos factores riesgo que nos permitan plantear a futuro planes de prevención en madres que los presenten

Prevalencia de Depresión Posparto:

De acuerdo a los datos obtenidos en un estudio realizado en Lima, Perú, en 261 madres con la EDPE, 33% de las madres tuvieron elevada probabilidad de desarrollar DPP, confirmándose la misma en el 24,1% de los casos de acuerdo al test diagnóstico del DSM IV (20). En Chile en cambio, en donde se emplea la EDPE como un método de tamizaje para DPP se ha estimado una prevalencia entre el 8% y el 30% (9). En un estudio realizado en Brasil la prevalencia de DPP empleando la EPDS fue de 22,2%, menor a la obtenida en este estudio. (20). En un estudio realizado en Irán, empleando la EDPE se obtuvo una prevalencia de 34,8% (30). Según un estudio realizado en Estados Unidos la Prevalencia de DP de acuerdo a la EPDS fue del 61% (12). De acuerdo a un estudio realizado en Venezuela en el que se determinó la prevalencia de Depresión Posparto con la EPDS se encontró una prevalencia del 91% de las madres encuestadas, en tanto que tan solo el 22% dio positivo al diagnóstico de acuerdo al manual del DSMIV (19). De igual manera en otro estudio realizado en Venezuela se encontró una prevalencia de DPP del 90% y 92% y madres primíparas y multíparas respectivamente al emplear la EPDS como prueba tamizaje (34).

En nuestro estudio, existió elevada probabilidad de desarrollar depresión posparto en el 34,3% de las madres encuestadas de acuerdo a la EDPE. En tanto que el 65,7% presentó baja probabilidad de desarrollar depresión posparto con esta herramienta. Es indispensable señalar que el 6,5% de estas madres presenta



diagnóstico directo de DPP ya que presentó ideas suicidas durante los siete días previos a la aplicación de la EDPE. Razón por la cual empleamos para el análisis de los datos a este grupo de madres con diagnóstico definitivo, para determinar los principales factores de riesgo para DPP. Al comparar nuestra prevalencia de acuerdo a la EDPE con la obtenida en estudios previos, encontramos que tenemos una prevalencia de DPP similar a la observada en un estudio realizado en Perú (20) y a la observada en otro estudio realizado en Irán (30).

Edad Reproductiva Ideal

En estudios realizados en otros lugares del mundo, la edad no representó un factor de riesgo para depresión posparto (10) (19). De acuerdo al análisis realizado por los autores, se dividió a la población de madres estudiadas en un grupo de madres que se encuentran en edad ideal fértil, (20-34 años) y un segundo grupo de madres que no se encuentran en edad ideal fértil (<20 años y >34 años). Encontramos que el 81% de madres dan a luz en edad ideal fértil en el HJCA, mientras que un menor 19% lo hace fuera de la edad reproductiva ideal. Debemos tener en cuenta que la atención del HJCA está orientada a personas afiliadas al IESS por lo que la mayor parte de la población se encontrará en estas edades. En el análisis de los datos se demostró que no encontrarse en edad reproductiva ideal representa un factor de riesgo para desarrollar DPP con una RP de 2,53 y un valor de p de 0,022, de manera contraria a lo que se reporta en estudios citados previamente.

Estado Civil

En un estudio realizado en Venezuela se determinó que el estado civil no constituye un factor de riesgo para depresión posparto. (19) En este estudio, la mayor parte de las madres están casadas, 60,9% de la población, le siguen en frecuencia las madres solteras con el 19% y un 18,5% para las madres en unión libre.

Nivel de Instrucción:

De acuerdo a un estudio realizado en Venezuela el nivel de instrucción constituye un factor de riesgo importante para depresión posparto encontrándose sobre todo



asociado nivel primario o inferior. (19) En un estudio realizado en Irán se encontró que las madres con educación baja o media están más predispuestas a presentar depresión posparto que aquellas con nivel elevado de educación, observándose una $p=0,011$. (30)

Debido al grupo poblacional al que va dirigida la atención del HJCA encontramos menor número de madres con instrucción considerada de riesgo en estudios previos, así por ejemplo no se encontraron madres analfabetas y más del 80% de la población tuvo una educación secundaria o superior.

Ocupación:

En un estudio realizado en Irán se observa que hay asociación entre empleo con un valor de $p=0,008$ y depresión posparto además de que existe mayor riesgo de Depresión posparto en aquellos hogares con menos ingresos económicos con una $p=0,011$. (30)

En nuestro estudio la mayor parte de la población se encuentra en el grupo de madres con trabajo remunerado con el 85,9%, lo cual refleja el grupo poblacional al que da cobertura este hospital.

Presencia de Factores Estresores durante el embarazo:

En un estudio realizado en Venezuela se determinó que existe mayor riesgo de depresión posparto en madres que presentaron trastornos médicos durante la gestación, enfermedad del neonato y complicaciones del parto factores considerados estresores en nuestro estudio. (19) Se ha relacionado a la presencia de un factor estresor durante el embarazo o el posparto con el desarrollo de DPP debido a la importante repercusión que tiene en el estado emocional de una madre una situación de este tipo. Con los resultados obtenidos en nuestro estudio encontramos que 65,25% de madres con depresión posparto presentó un factor estresor durante su embarazo mientras que 43,75% de las madres con DPP no tuvo ningún factor estresor. Al analizar los datos obtenidos no se encontró asociación estadística entre ambas variables pues se obtuvo una p de 0,118.



Falta de apoyo familiar durante el embarazo:

En un estudio realizado en Venezuela se determinó que aquellas madres que no contaron con apoyo familiar o apoyo de la pareja eran más propensas a desarrollar depresión posparto. En este estudio se concluye que la mayor cantidad de factores asociados a la posibilidad de presentar DPP son de tipo familiar, definiendo al apoyo durante el embarazo y el posparto como cruciales para la prevención de DPP. (19) De acuerdo a un estudio realizado en Perú, los factores psiquiátricos y psicosociales constituyen los factores más influyentes en la predicción de DPP. (20)

El apoyo proporcionado a la madre durante esta etapa resulta crucial para afrontar los cambios experimentados. En nuestro estudio, el 18,75% de madres con depresión posparto determinado por ideas suicidas no recibieron apoyo familiar durante el embarazo, mientras que el 81,25% de ellas si lo hicieron. Al igual que en los estudios citados previamente, se determinó con el análisis de los datos que no recibir apoyo familiar durante el embarazo constituye un factor de riesgo para depresión posparto determinado por ideas suicidas con una RP de 7,25 y un valor de p de 0,0008

Antecedente personal de depresión posparto:

En un estudio realizado en Oklahoma, Estados Unidos el antecedente de depresión posparto resultó ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de depresión posparto. (12) La DPP tiene un riesgo de recidiva de 1:3 madres si estas no reciben tratamiento adecuado. (3)

Al analizar este factor de riesgo en las madres estudiadas encontramos que el 12,5% de las madres con depresión posparto determinada por ideas suicidas tuvieron diagnóstico previo. En nuestro estudio, a diferencia de lo reportado en estudios previos, no se encontró asociación estadística entre ambas variables, pues encontramos un valor p de 0,0830.



Pareja Estable:

De acuerdo a los resultados obtenidos en Chile se observa que aquellas madres separadas de su pareja presentan una probabilidad cuatro veces mayor que las madres solteras, así como de tener un puntaje más elevado en la EPDS. (9)

Una pareja estable brinda seguridad a la madre y se ha demostrado que el apoyo brindado por una persona cercana actúa como un factor protector para DPP. (20) En nuestro estudio encontramos que el 25% de madres con depresión posparto determinado por ideas suicidas no tuvo una pareja estable, mientras que el 75% de ellas si lo hizo. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre estos dos factores, a diferencia de lo descrito en estudios previos.

Paridad:

En un estudio realizado en Venezuela no se encontró relación entre paridad y depresión posparto. (19) Tampoco en un estudio realizado en Brasil (10)

De acuerdo al factor de riesgo, paridad en el que se analiza la diferencia encontrada en madres primíparas y multíparas, se observa que en las madres con depresión posparto determinada por ideas suicidas el 62,5% son primíparas mientras que el 37,5% son multíparas. Al igual que en estudios realizados previamente no se encontró asociación entre la paridad de la madre, y el desarrollo de DPP.

Violencia Familiar:

En un estudio realizado en Chile se describen varios factores de riesgo familiares para DPP entre los que se encontró asociación estadística con violencia intrafamiliar ($p: 0,02$). (9) De las 16 madres con depresión posparto determinada por ideas suicidas el 43,75% sufrió violencia intrafamiliar, mientras que el 56,25% no lo hizo. Al analizar los datos encontrados se comprobó que haber sufrido violencia intrafamiliar constituye un factor de riesgo para DPP con una RP de 3,75 y un valor de p fue de 0,0003, con lo cual se refuerza la evidencia de los estudios realizados previamente.



Planificación De Embarazo:

De acuerdo a un estudio realizado en Brasil, no haber planificado el embarazo no representó un factor de riesgo para depresión posparto. (10) En cuanto a la planificación de embarazo es importante destacar que el 75% de madres con depresión posparto no planificó su embarazo, mientras que un 25% de las madres con depresión posparto determinada por ideas suicidas si lo hizo. No se encontró asociación estadística entre planificación de embarazo y DPP al igual que en estudios previos.

Caracterización de las madres con depresión posparto:

De acuerdo a un estudio realizado en Chile el que se caracteriza a las madres con depresión posparto se informa que las mismas se controlan en centros de atención primaria públicos, no cuentan con trabajo remunerado, tienen estudio básico, carecen de apoyo social, tienen embarazos no planificados, no cuentan con una pareja estable, sufrieron alguna situación estresante importante durante su embarazo o posparto y la gran mayoría cuenta con antecedentes familiares y personales de depresión. (9)

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio las madres con depresión posparto determinado por ideación suicida según la EDPE, representan aquellas madres que: no se encuentran en edad reproductiva ideal, son solteras, tienen una instrucción primaria, no recibieron apoyo familiar durante el embarazo, ni contaron con una pareja estable, fueron primíparas y sufrieron algún tipo de violencia intrafamiliar.



CAPÍTULO VII

7 Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

De acuerdo al estudio realizado podemos establecer las siguientes conclusiones:

- En nuestro estudio las madres con mayor riesgo de DPP son aquellas que: no se encuentran en edad reproductiva ideal, son solteras, tienen una instrucción primaria, no recibieron apoyo familiar durante el embarazo, ni contaron con una pareja estable, fueron primíparas y sufrieron algún tipo de violencia intrafamiliar.
- La prevalencia de acuerdo a la escala de depresión posparto de Edimburgo en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga del IESS en el periodo comprendido entre el 4 de Febrero y el 4 de Mayo del 2014 fue del 34,3%, que equivale a 85 mujeres de 248 participantes. Además es necesario señalar que 6,5% de las participantes en el estudio, 16 madres, presentó depresión posparto directa determinada por ideación suicida según la EDPE.
- Los factores de riesgo encontrados para esta patología de acuerdo a este estudio fueron
 - No encontrarse en edad reproductiva ideal: RP: 2,53 Valor de p: 0,022
 - Falta de apoyo familiar durante el embarazo: RP: 7,25 Valor de p: 0,0008
 - Violencia Intrafamiliar: RP: 3,75 Valor de p: 0,0003



7.2 RECOMENDACIONES

- Recomendamos a las autoridades del Hospital José Carrasco Arteaga, y al equipo de salud encargado del control y seguimiento del embarazo de las pacientes afiliadas, realizar controles rutinarios más frecuentes y brindar apoyo multidisciplinario a las mujeres embarazadas que no se encuentren dentro de la edad reproductiva ideal, para prevenir que las mismas desarrollen DPP.
- Siendo la falta de apoyo familiar durante el embarazo el factor de riesgo más significativo de los encontrados en la presente investigación, recomendamos a las autoridades del Hospital José Carrasco Arteaga implementar un programa de prevención de DPP dirigido a todas las mujeres embarazadas que presenten este factor de riesgo.
- Recomendamos a las autoridades del Hospital José Carrasco Arteaga brindar terapias familiares, y realizar control más estricto del embarazo de aquellas madres que sufren violencia intrafamiliar, pues esta variable incrementa el riesgo de presentar DPP en 3,75 veces en relación a las que no sufren violencia intrafamiliar.
- El estudio realizado se efectuó sobre las madres afiliadas a esta institución por lo que existen sesgos en la población estudiada. Se requiere una evaluación sobre la población atendida tanto en servicios privados como en servicios del Ministerio de Salud Pública de acceso libre para obtener mayor uniformidad de la población.



CAPÍTULO VIII

8. Bibliografía

8.1. Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. www.who.int. [Online].; 2012 [cited 2013 11 25]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
2. Sadock B, Sadock J, Sadock V. Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica. 4^a ed. Philadelphia USA: Wolters Kluwer; 2008.p.129-149
3. Dois A. Actualizaciones en Depresión Posparto.Rev Cub Obstet Ginecol [Internet] 2012; 38(4): 576-586.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000400016&script=sci_arttext Acceso: 20-05-2014
4. Rahman A HRBJ. Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries. Blackwell Science Ltd a [Internet]. 2001[citado 17 Nov 2013]; 28(51). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11856187>
5. Wisner K, Perel J, Peindl K, Hanusa B, Piontek C, Findling R. Prevention of Postpartum Depression. Am J Psychiatry [Internet]2004[citado 15 Nov]; 161:1290-1292. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=176925>
6. Milgrom J, et al. Antenatal risk Factors for Postnatal depression. PubMed [Internet] 2008 [citado 15 Nov]; 108:145-157. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18067974>. 28 duplicado-27
7. Forty L, et al. Familiality of Postpartum Depression in unipolar Disorder. Am J Psychiatry [Internet] 2006 [citado 15 Nov]; 163:15490-1553. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946179>



8. Hirst K, Mouthier C. Postpartum Major Depression. Am Fam Physician [Internet] 2010[citado 26 Nov]; 82:926-936. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2010/1015/p926.html>
9. Rojas G, et all. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Med Chile. [Internet] 2010 [citado 20 Oct]; 138:536- 542. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n5/art02.pdf>
10. Moreno A , Dominguez L. Depresión Postparto: Prevalencia de Test de Rastreo Positivo en Puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2004; 69:209-203.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262004000300005&script=sci_arttext.
11. Gómez C, et all. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud [Internet] 2004; 16(6):378-386. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23682.pdf>
12. Breese S, et all. Risk Factors for Postpartum depression: a Retrospective Investigation at 4- Weeks Postnatal and a review of the Literature. JAOA [Internet] 2003; 106 (4):193-198. Disponible en: <http://www.jaoa.org/content/106/4/193.full> 15
13. Dois A. Actualizaciones en Depresión Posparto. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet] 2012; 38(4): 576-586. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000400016&script=sci_arttext
14. Asociación Americana de Psiquiatría,, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSMV. Arlington, VA ,Asociación Americana de Psiquiatría 2013 ISVN 978-0-89042-551-0
15. Pantley, E. Gentle Baby Care. 1ra edición. Mc Grew Hill. 2003. Philadelphia USA. 2003. Disponible en: <http://www.pantley.com/files/TheBabyBlues.pdf>
Acceso: 20-05-2014



16. American Pregnancy association, "Baby Blues", 2013. Disponible en: <http://americanpregnancy.org/firstyearoflife/babyblues.htm>. Acceso: 20-05-2014
17. Robertson E, Celasun N, Stewart D; " Maternal Mental Health and Child Health and Development". World Health Organization. Department of Mental health and Substance Abuse. 2008. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh%26chd_chapter_1.pdf Acceso: 20-05-2014
18. Jones, I. & Craddock, N. (2001). Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. American Journals Psychiatry, 158, 913-917. Link: <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3725/913.pdf>. acceso: 20-05-2014
19. Urdaneta J . Factoes de Riesgo de Depresión Posparto en Puérperas venezolanas valoradas por medio de la Escala de edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol Scielo [Internet] 2011; 76: 102-112 disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n2/art07.pdf>
20. Aramburú P. Prevalencia y Factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, Junio 2004. Rev Peru Epidemiol [Internet] 2008; 12(3):1-5. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/epidemiologia/v12_n3/pdf/a06v12n3.pdf
21. Almanza J. Prevalencia de Depresión posparto y factores Asociados, en pacientes Puerperas de la Clínica de Especialidades de la mujer. [Internet] 2011; 65(3). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=40306>
22. Lawrie T, com. Oestrogens and Progestins for preventing and treating postpartum depression. Pubmed.com; 2000 acceso 15 de Nov de 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796270>



23. Gleicher N. Postpartum depression, an autoimmune disease, Autoimmun Rev [Internet] 2007; 6: 572-576 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17854751> Acceso: 20-05-2014
24. Ira H, et all. Symptom Features Of Postpartum Depression: Are They Distinct. D[Internet] 2008; 25(1): 20-26. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17187349> Acceso: 10-05-2014
25. Pearlteins T. Postpartum Depression. AJOG [Internet]. 2009; 1:357-364. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19318144> Acceso: 20-05-2014
26. Handman A. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. [Internet] 2010; 10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21063891> Acceso: 20-05-2014
27. Rahman A HRBJ. Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries. Blackwell Science Ltd a [Internet]. 2001[citado 17 Nov 2013]; 28(51). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11856187>
28. Póo A. et all. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Med Chile. [Internet] 2008; 136: 44-52 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000100006&script=sci_arttext
29. Pietro G. Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: A sample drawn from ante-natal classes. European Psychiatry [Internet] 2009; (24). Disponible en: [http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(09\)00018-2/abstract](http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(09)00018-2/abstract)
30. Taherifard P. Socioeconomic, Psychiatric and Materiality Determinant and Risk of Postpartum Depression in Border City of Ilam, Western Iran. 2013. Hindawi [Internet] 2013; 2013:1-7 Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/drt/2013/653471/abs/>
31. Iranfar S. In Unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian Women. [Internet] 2005; 11(4):618-124. Disponible en: http://applications.emro.who.int/emhj/1104/11_4_2005_618_624.pdf



32. Canaval G, Gonzales M, Martínez L; “Depresión Posparto, Apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali Colombia Medica [Internet] 2000; 31: 4-10 Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/14>
33. Gholam R, Kheirabadi MrM. Perinatal Depression in a cohort Study on Iranian women .J Res Med Sci [Internet] 2010;15:41-49 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082779/> Acceso: 20-05-2014
34. Urdaneta J, Rivera A, García J, “Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo”. REV Chile Ginecol [Internet] 2010; 75(5): 312 – 320) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5262010000500007
35. Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. “Validez y Seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal.” Perinatol Reprod Hum 2008. 22 #3 Julio-Septiembre 2008. México DF. [Internet] Disponible en: http://www.sumedico.com/documentos/22_documento.pdf
36. Saez M. Tasas de Prevalencia incidencia y recurrencia: Bases estadísticas y algoritmo de estandarización con spss. Volumen 161. Barcelona España. 2005
37. Bastante V. et al. AMIR Medicina. Estadística y Epidemiología. pp: 317-326. Editorial: Marban. España 2012.
38. Donoso E, Carvajal J, Domingez A. Reducción de la fecundidad y envejecimiento de la población de mujeres chilenas en edad fértil. 1990-2004. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000003
39. INE Chile. Glosario de Términos de Demografía y estadísticas vitales. 2009. Disponible en: palma.ine.cl/demografia/meenu/glosario.pdf



40. Ley contra la violencia de la mujer y la familia, Ley N°103, artículo 2. Publicada en el registro oficial número 839 el 11 de Diciembre del año 1995. Ecuador.
41. Pou F. Constitución de Pareja Estable y Consentimiento. Rev. Jurídica de Navarra. Julio-Diciembre 2008, #46, pag: 209-220. Disponible en: http://www.google.com.ec/url?url=http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx%3Ffichero%3DRJ_46_Il_2.pdf%26codigoAcceso%3DPdfRevistaJuridica&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=EBjVU4WnCZHKsQTnuoGgDA&ved=0CBIQFjAA&sig2=JuTAyQoUzkznuousphERkw&usg=AFQjCNGxdkVM3H7psmkM83fQFNNC4Ta-jQ
42. Palma I. Trayectorias sexuales, preventivas y sociales en el embarazo no previsto de los segmentos juveniles en Chile. (Online). 2010, vol 18, n 33, pp: 85-111. ISSN 0718-2236. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v18n33/art06.pdf>

8.2 Bibliografía consultada

1. American Pregnancy association, "Baby Blues", 2013. Disponible en: <http://americanpregnancy.org/firstyearoflife/babyblues.htm>. Acceso: 20-05-2014.
2. Asociación Americana de Psiquiatría,, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSMV. Arlington, VA ,Asociación Americana de Psiquiatría 2013 ISVN 978-0-89042-551-0
3. Bastante V. et all. AMIR Medicina. Estadística y Epidemiología. pp: 317-326. Editorial: Marban. España 2012.
4. Dois A. Actualizaciones en Depresión Posparto. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet] 2012; 38(4): 576-586. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000400016&script=sci_arttext Acceso: 20-05-2014



5. Gleicher N. Postpartum depression, an autoimmune disease, Autoimmun Rev [Internet] 2007; 6: 572-576 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17854751> Acceso: 20-05-2014
6. INE Chile. Glosario de Términos de Demografía y estadísticas vitales. 2009. Disponible en: palma.ine.cl/demografia/meenu/glosario.pdf
7. Ley contra la violencia de la mujer y la familia, Ley N°103, artículo 2. Publicada en el registro oficial número 839 el 11 de Diciembre del año 1995. Ecuador.
8. Rojas G, et all. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Med Chile. [Internet] 2010 [citado 20 Oct]; 138:536- 542. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n5/art02.pdf>
9. Sadock B, Sadock J, Sadock V. Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica. 4^a ed. Philadelphia USA: Wolters Kluwer; 2008.p.129-149
10. Saez M. Tasas de Prevalencia incidencia y recurrencia: Bases estadísticas y algoritmo de estandarización con spss. Volumen 161. Barcelona España. 2005



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO I

Escala de depresión posparto de Edimburgo

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____
Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque ha cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1/07



ANEXO II

Cuenca, enero 31 del 2014

Doctor

Juan Carlos Ortiz

Director de Investigación y Docencia

Hospital del IESS José Carrasco Arteaga

Su despacho:

De nuestra consideración:

Reciba un cordial saludo de nuestra parte, somos estudiantes de Noveno Ciclo de la Escuela de Medicina de la Universidad Estatal de Cuenca, por encontrarnos realizando una investigación estadística previa a la obtención del título de Médico con tema “Depresión Posparto. Prevalencia y Factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital del IESS José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014” bajo la tutoría del Dr. Jaime Ñauta, Médico Ginecólogo de ese hospital, nos permitimos solicitar a usted su autorización a fin de ingresar al área hospitalaria y realizar entrevistas a las pacientes hospitalizadas para recolectar los datos necesarios de nuestro estudio.

Por su favorable acogida, anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente,

Francisco Serrano

CI: 0104913702

Fernanda Santacruz

CI: 0302111521



ANEXO III



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

“DEPRESIÓN POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está invitada a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no debe conocer acerca de esta investigación que está diseñado para obtener información científica que puede ayudar a otras instituciones en el futuro.

El objetivo de esta investigación es conocer cuántas mujeres padecen depresión posparto y cuáles son sus factores de riesgo.

En el estudio participarán las mujeres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en un periodo de tres meses en el año 2014.

La participación en el estudio es voluntaria, si no desea participar o en cualquier momento desea abandonar el estudio puede hacerlo, esta decisión de ninguna manera afectará la relación con los investigadores.

Los formularios que se utilizaran en esta investigación, así como los registros que incluyan información relacionada al estudio, pueden ser copiados por el equipo de investigación o personal del comité de ética, con el fin de asegurar la calidad de los datos y el análisis de la información.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Por favor, tómese su tiempo para decir y pida explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda a los directivos del proyecto.

Declaración de Consentimiento:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre

Firma



ANEXO IV



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Medicina

“DEPRESION POSPARTO. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2014”

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh

Nombre: _____ Edad: _____

Estado Civil: _____ Dirección: _____

Instrucción: _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

2. He mirado el futuro con gusto

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos

- No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado preocupada sin motivo

- No, para nada
- Casi nada



- Sí, a veces
- Sí, a menudo

5. He sentido miedo sin motivo alguno

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

6. Me he sentido intranquila.

- Sí, la mayor parte de las veces
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nada

8. Me he sentido triste sin motivo

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones

- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

11. Antecedente de depresión posparto.

- Si
- No

12. ¿Se han presentado Factores estresores durante embarazo o posparto?(Muerte de un ser querido, diagnóstico de enfermedad severa, divorcio, perdida de trabajo, inestabilidad económica)

- Si
- No

13. ¿Contó con el apoyo de un miembro cercano durante el embarazo y posparto?

- Si
- No

14. ¿Tuvo diagnóstico previo de Depresión Posparto?

- Si
- No



15. ¿Tiene una pareja Estable?(
Relación de pareja en la que
ambas partes tienen un plan de
vida juntos)

- Si
- No

16. Número de Hijos

17. ¿Ha sufrido Violencia
Intrafamiliar? (violencia física,
sexual o psicológica)

- Si
- No

18. ¿Este embarazo fue
planificado? (Embarazo que se
produce sin deseo o
planificación o falla de métodos
anticonceptivos.)

- Si
- No

